

# Manual de Registro y Codificación de la Atención en la Consulta Externa



Sistema de Información HIS

**Etapas de Vida  
Adolescente**





# MANUAL DEL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

## Sistema de Información HIS

### Etapa de Vida Adolescente

NTS N° 157- MINSA/2019/DGIESP

(R.M. 1001-2019-MINSA)

2020

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Manual de registro y codificación de la atención en la consulta externa. Sistema de información HIS. Etapa de vida adolescente / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección Ejecutiva de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral. Etapa de Vida Adolescente y Joven. Dirección General de Tecnologías de la Información. Oficina de Gestión de la Información - Lima: Ministerio de Salud; 2020.  
40 p. ilus.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN / SISTEMA DE REGISTROS / CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES / SALUD DEL ADOLESCENTE / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / PRESTACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2020-07891

## **“Manual de Registro y Codificación de la Atención. Etapa de Vida Adolescente” MINSA/OGTI/DGIESP**

### **Equipo de Trabajo:**

#### **DGIESP-OGTI**

Isabel Eugenia Pacheco Cantalicio, DGIESP-DVICI-EVAJ.  
María Elena Yumbato Pinto, DGIESP-DVICI-EVAJ.  
Janet Clorinda Llamosas Montero, DGIESP-DVICI-EVAJ.  
Seira Katherine Huaman Inocente, DGIESP-DVICI-EVAJ.  
John Richard Muñoz Reaño, DGIESP-DVICI-EVAJ.  
Jorge Luis Rueda Meloni, † DGIESP-DVICI-EVA.  
Lily Rocío Alva Tarazona, DGIESP-DSARE.  
Layla Maritza Fernández Castillo. DIRIS LIMA NORTE.  
Patricia Jeanette Vásquez Reyes. DIRIS LIMA NORTE.  
Luis Pedro Valeriano Arteaga, OGTI-OGEI.  
Carlos Alberto Avila Guerra, OGTI-OGEI.  
Adhemir Reynel Bellido Delgado, OGTI-OGEI.  
Julie Guillen Ramos, OGTI-OGEI.

©MINSa - Noviembre 2020.

### **Ministerio de Salud**

Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú  
Telf.: (51-1) 315-6600  
[www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)  
[webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

1ra Edición, Noviembre 2020

**Tiraje:** 200 unidades.

**Imprenta:** Imprenta del Ministerio de Salud

**RUC:** 20131373237

**Dirección:** Av. Salaverry 801, Jesús María, Lima - Perú

**Teléfono:** 315-6600

**E-mail:** [webmaster@minsa.gob.pe](mailto:webmaster@minsa.gob.pe)

Se terminó de imprimir en noviembre 2020.

**Versión Digital:** <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5163.pdf>



Pilar Mazzetti Soler  
**Ministra de Salud**

Luis Antonio Nicolás Suárez Ognio  
**Viceministro de Salud Pública**

Víctor Freddy Bocangel Puclla  
**Viceministro de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud**

Silviana Gabriela Yancourt Ruiz  
**Secretaria General**

Aldo Javier Lucchetti Rodriguez  
**Director General de Intervenciones  
Estratégicas en Salud Públicas**

Boris Oscar Verona Mesía  
**Director Ejecutivo de Intervenciones por  
Curso de Vida y Cuidado Integral**

Miguel Angel Gutierrez Reyes  
**Director General de la Oficina General de  
Tecnologías de la Información**

Albertico Quispe Cruzatti  
**Director Ejecutivo de la Oficina  
Gestión de la Información**



## Contenido

	PÁG.
<b>Presentación</b>	<b>09</b>
<b>Actividades más Frecuentes</b>	<b>11</b>
<b>Instrucciones generales para el registro y codificación de las actividades</b>	<b>14</b>
Atención de salud	14
Atención integral de salud de los adolescentes	14
<b>Plan Atención Integral Iniciado</b>	<b>15</b>
Plan de atención integral de salud, iniciado en el establecimiento de salud	16
Plan de atención integral de salud, iniciado en la institución educativa	17
<b>Plan Atención Integral Concluido</b>	<b>18</b>
Plan de atención integral de salud, concluido en el establecimiento de salud	19
Plan de atención integral de salud, concluido en la institución educativa	21
<b>Paquete Básico de Atención Integral de Salud para Adolescentes</b>	<b>22</b>
Área Salud Sexual	24
Inmunizaciones	25
Área Salud Psicosocial	25
Área Salud Física y Nutricional	25
<b>Paquete Completo de Atención Integral de Salud para Adolescentes</b>	<b>26</b>
<b>Otras Prestaciones</b>	<b>28</b>
Área Salud Sexual	29
Área Salud Psicosocial	30
Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales	30
Taller de Habilidades Sociales	30
Sesión Salud Física y Nutricional	30
<b>Paquete especializado de atención integral de salud para adolescentes</b>	<b>31</b>
<b>Actividades Preventivos Promocionales</b>	<b>31</b>
Sesión educativa	31
Caso De Adolescentes De 12 A 14 Años,	31
Caso de adolescentes de 15 a 17 años	33
<b>Formación de educadores pares</b>	<b>35</b>
<b>Sesión de entrenamiento de familias fuertes</b>	<b>36</b>
<b>OTRAS PRESTACIONES</b>	<b>37</b>
Tele monitoreo	38
Tele interconsulta síncrona.	38
Actividades de Medicina Alternativa y Complementaria	39
Consejería en medicina alternativa y complementaria	39
Atención en Medicina Cuerpo Mente	40







## Presentación

La Etapa de Vida Adolescente, forma parte de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, que es el órgano de línea del Ministerio de Salud, dependiente del Viceministerio de Salud Pública y tiene como objetivo: Contribuir al desarrollo integral de la salud y el bienestar de la población adolescente, en el marco de los enfoques en derechos y ciudadanía, desarrollo positivo, género, diversidad, interculturalidad, inclusión social, curso de vida y enfoque territorial.

Las intervenciones de esta etapa de vida, están orientadas al cumplimiento de la Atención integral de salud de la población adolescente, mediante la aplicación del Paquete de Atención Integral de Salud del adolescente en base a sus necesidades y expectativas de salud, con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Consideramos que, el registro estadístico de las intervenciones, actividades, procedimientos entre otros que están incorporadas en la Atención Integral de la Etapa de Vida Adolescente, se constituye como la única fuente oficial del sistema de información necesaria; correspondiendo a la Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) –MINSA; asumir la responsabilidad de asesorar permanentemente en el Sistema de Registro de Información –HIS; a fin de que los reportes estadísticos que proporcionen permitan realizar el análisis y la toma de decisiones de manera oportuna y de calidad.

En este contexto presentamos el Manual de Registro y Codificación de actividades de la Etapa de Vida Adolescente Versión 2020, para la aplicación, difusión y estandarización de criterios en la recopilación y codificación de diagnósticos CIE 10 y Catálogo de Procedimientos médicos y estomatológicos del Ministerio de Salud



## ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
<b>Actividades Preventivas</b>		<b>Evaluación de Agudeza Auditiva</b>	
Z003	Examen del estado de desarrollo del adolescente	H919	Determinación de la Agudeza Auditiva sin Especificación
C8002	Plan de Atención Integral de Salud	Z011	Examen de Oídos y de la Audición
99384	Evaluación Integral del Adolescente	<b>Atención Odontológica</b>	
C0011	Visita Domiciliaria	D1310	Asesoría Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales
99509	Visita domiciliaria para la ayuda con actividades de la vida diaria y del cuidado personal	D1330	Instrucción de Higiene Oral
<b>Evaluación Nutricional</b>		D0120	Examen Estomatológico
Z000	Examen Médico General	D1110	Profilaxis Dental
Z019	Valoración de Factores de Riesgo (DNT)	U510	Alta Básica Odontológica
99209.04	Evaluación Nutricional y antropométrica	<b>Evaluación Físico Postural</b>	
E660	Obesidad debido a exceso de caloría (Sobrepeso)	96008	Análisis Postural Estático
E669	Obesidad no especificada (Obesidad)	M400	Cifosis postural
E440	Desnutrición Proteico Calórica Moderada(Desnutrición Aguda)	M402	Otras cifosis y las no especificadas
E43X	Desnutrición Proteico Calórica Severa No Especificada	M403	Síndrome de espalda plana
E344	Estatura Alta Constitucional (Talla Alta)	M405	Lordosis no especifica
E45X	Desnutrición Crónica T/E (Talla Baja)	M419	Escoliosis, no especificada
E785	Hiperlipidemia No Especificada (Dislipidemia)	<b>Inmunizaciones</b>	
E65X	Adiposidad Localizada	90746	Vacunación Antihepatitis Viral B (HvB)
Z728	Otros Problemas relacionados al Estilo de Vida	90658	Vacuna contra la Influenza (Estacional)
85018	Dosaje de Hemoglobina	90714	Vacunación Diftotetánica (dT)
99199.26	Suplementación de Sulfato Ferroso más ácido fólico.	90649	Vacuna contra Virus de Papiloma Humano Para uso intramuscular
<b>Evaluación de la Agudeza Visual</b>		<b>Evaluación del desarrollo sexual</b>	
99173	Prueba de la agudeza visual cuantitativa bilateral.	99384.02	Evaluación del desarrollo sexual según Tanner.
Z010	Examen de Ojos y de la Visión	<b>Evaluación Clínica</b>	
99401.16	Consejería Ocular	L709	Acné no especificado
		D509	Anemia por Deficiencia de Hierro sin Especificación
		O990	Anemia que afecta al Embarazo, Parto o Puerperio
		U310	Administración de Tratamiento (Anemia)
		J459	Asma No Especificada

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
I10X	Hipertensión Esencial Primaria (Hipertensión Arterial)	96150.04	transtornos depresivos.
R51X	Cefalea	96150.05	Tamizaje en salud mental en Psicosis.
B829	Parasitosis Intestinal, sin otra Especificación	F419	Tamizaje de salud mental en habilidades Sociales.
N63X	Masa No Especificada en la Mama	Z734	Trastorno de ansiedad, no Especificado
A084	Infección Intestinal Viral, Sin Otra Especificación	Z553	Problemas Relacionados con Habilidades Sociales Inadecuadas
B373	Candidiasis de la Vulva y de la Vagina (Candidiasis Vaginal)	R456	Problemas Relacionados con el Bajo Rendimiento Escolar
B853	Pediculosis del Pubis	Z7281	Problemas Relacionados con Violencia
B968	Vaginitis Bacteriana	Y070	Riesgos de Lesiones o Accidentes
A64X9	Síndrome de Flujo Vaginal	Y072	Síndrome de Maltrato por Esposo o Pareja
A64X5	Síndrome de Dolor Abdominal Bajo	Z720	Otros Síndromes de Maltrato por Conocido o Amigo (Bullying)
A64X6	Síndrome de Secreción Uretral	Z721	Problemas Relacionados con el Uso de Tabaco
99199.11	Administración de Tratamiento (ITS)	Z722	Problemas Relacionados con el Uso de Alcohol
<b>Consejerías</b>		Z726	Problemas relacionados con el Juego y las Apuestas
99401	Consejería Integral	Z619	Problemas Relacionados con Experiencia Negativa no Especificada en la Infancia.
99402.03	Consejería/Orientación en Salud Sexual y Reproductiva	Z639	Otros Problemas Relacionados con el Grupo Primario de Apoyo, Inclusive Circunstancias Familiares (Relaciones Familiares)
99402.04	Orientación/Consejería en Planificación Familiar	<b>Actividades Preventivas Promocionales</b>	
99402.09	Consejería de Prevención en Riesgos de Salud Mental	C1021	Organización de Charla para Abogacía y Políticas Públicas
99401.31	Consejería en Prevención de Enfermedades No transmisibles (Salud Física)	C0007	Taller para la familia
99403	Consejería Nutricional	C0008	Taller para personal de salud
99403.01	Consejería en Alimentación Saludable	C0009	Sesión Educativa
99401.33	Consejería Pre Test para VIH	C0010	Sesión Demostrativa
99401.34	Consejería Post Test para VIH No Reactivo	90872	Taller de habilidades sociales
99403.03	Consejería Post Test para VIH Reactivo	C2121.01	Animación Sociocultural
99402.05	Consejería/Orientación en Prevención de ITS, VIH, Hepatitis	C2121	Teatros Populares
99401.24	Consejería higiene de manos	APP 93	Actividad en colegios
99401.19	Consejería para el autocuidado	APP100	EE.SS/ Personal de salud
<b>Salud Mental</b>			
96150	Entrevista de Tamizaje		
96150.01	Tamizaje de salud mental en violencia		
96150.02	Tamizaje de salud mental en alcohol y Drogas.		
96150.03	Tamizaje de salud mental en		



Código	Diagnóstico / Actividad
APP104	Municipalidades
APP 136	Actividades con familia
APP141	Actividades con adolescentes
APP144	Actividades con docentes
APP145	Actividades con alumnos
APP146	Actividades con padres
APP150	Actividades con autoridades
C3152	Formación de Educadores de Pares
U1258	Sesión de entrenamiento en familias fuertes.
C7001	Monitoreo
C7002	Supervisión
C7003	Evaluación
C7004	Asistencia Técnica
UPS 302304	Servicios diferenciados

#### OTRAS ACTIVIDADES

##### Códigos COVID 19

87635	Prueba Molecular PCR
87635.01	Prueba Rápida Serológica
R05X	Tos
R06.0	Falta de aire / Disnea
R07.0	Dolor de garganta
R50. 9	Fiebre, no especificada
Z20.8	Contacto con y exposición a otras enfermedades transmisibles
Z03.8	Observación de otras enfermedades y afecciones sospechosas.

Código	Diagnóstico / Actividad
U07.1	COVID-19, virus identificado
U07.2	COVID-19, virus no identificado

#### Seguimiento NO presencial a cualquier actividad o enfermedad

99499.01	Teleconsulta en línea
99499.08	Teleorientación síncrona
99499.09	Teleorientación asíncrona
99499.10	Telemonitoreo
99499.11	Teleinterconsulta síncrona

#### Códigos actividades de medicina alternativa y complementaria

U0080	Actividades de medicina alternativa y complementaria
99401.32	Consejería en medicina alternativa y complementaria
C2081	Difusión a través de materiales impresos y magnéticos (volantes, trípticos, afiches, gigantografía.)

## INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO Y CODIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE

Los ítems diagnósticos, motivo de consulta, tipo de diagnóstico y Lab. presentan algunas particularidades que se revisará en detalle a continuación.

### A. ATENCIÓN DE SALUD

Los ítems referidos al día, historia clínica, DNI, financiador, pertenencia étnica, distrito de procedencia, edad, sexo, establecimiento y servicio se registran siguiendo las indicaciones planteadas en el capítulo de Aspectos Generales del presente Documento Técnico.

En el ítem: Tipo de diagnóstico se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones al momento de registrar: Marcar con un aspa (X)

**P: (Diagnóstico Presuntivo)** Únicamente cuando no existe certeza del diagnóstico y/o éste requiere de algún resultado de laboratorio. Su carácter es provisional.

**D: (Diagnóstico Definitivo)** Cuando se tiene certeza del diagnóstico por evaluación clínica y/o por exámenes auxiliares y debe ser escrito una sola vez para el mismo evento (episodio de la enfermedad cuando se trate de enfermedades agudas y solo una vez para el caso de enfermedades crónicas) en un mismo paciente.

**R: (Diagnóstico Repetido)** Cuando el paciente vuelve a ser atendido para el seguimiento de un mismo episodio o evento de la enfermedad en cualquier otra oportunidad posterior a aquella en que estableció el diagnóstico definitivo.

Si **son más de tres (03) los diagnósticos y/o actividades** los que se van a registrar, **continúe en el siguiente** registro y trace una línea oblicua entre los casilleros de los ítems Día y Servicio y utilice los siguientes tres (03) ítems del campo “diagnósticos y/o actividades” para completar el registro de la atención.

### ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES

Comprende la provisión continua, integrada y con calidad de una atención orientada a la promoción, prevención de riesgos, recuperación y rehabilitación de la salud de la población adolescente, en el contexto de su vida en familia, en la institución educativa y en la comunidad; brindándole las prestaciones de salud establecidas en el plan individualizado de atención integral de salud.

#### Al iniciar toda atención:

Colocar como primer diagnóstico Examen del estado de desarrollo del adolescente; tipo de diagnóstico(definitivo), Lab. En blanco y en la columna de código Z003. En el segundo diagnóstico:: **Evaluación Integral del Adolescente**, tipo de diagnóstico (definitivo: D), en el 1er Lab **1, 2, 3,...5**; según corresponda el número de **atención o sesión** brindada y en la columna de código consignar el Código **99384**.

DÍA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLÍNICA										P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ÚLTIMA REGLA:																	
15	72486445	10	ATE	15	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			1. Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z003
	1072486445	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pab			2. Evaluación integral del adolescente	P	D	R	1			99384
					<input checked="" type="checkbox"/>	D				3.	P	D	R				

1,2,3...número de atención /sesión

El **Plan Individualizado**, debe considerar las necesidades y expectativas identificadas con el/la adolescente.

Siempre debe anotarse el Código **UPS 302304** del Servicio Diferenciado, ya que permitirá identificar las actividades, procedimientos e intervenciones con la población adolescente.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION					
							302304					DNI					
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	P										D	R	1º	2º	3º		
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO														
	GESTANTE/PUERPERA																

En el ítem: **Diagnóstico** motivo de consulta y/o actividad de salud:

- En el 1º y 2º Casillero se registra la atención prestacional de salud del adolescente : Examen del estado de desarrollo del adolescente y Evaluación Integral del Adolescente.
- En el 3º , 4º , 5º.....casillero el diagnóstico motivo de la atención, seguido de las otras atenciones que se brinde.
- En el siguiente casillero, El Plan de Atención Integral de salud.

En el ítem: **Tipo** de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero **"D"**.
- En el 2º casillero **"D"**.
- En el 3º, 4º, 5º... casillero **"P"**, **"D"** o **"R"** de acuerdo al caso.
- En el siguiente casillero **"D"**.

En el ítem: **Lab** anote:

- En el 1º casillero en blanco.
- En el 2º casillero "1, 2, 3 ...5." según corresponda el número de atención o sesión brindada.
- En el 3º, 4º, 5º casillero lo que corresponda de acuerdo al caso.
- En el siguiente casillero:

1º Lab. Corresponde al Plan de Atención Integral, cualquiera sea el tipo de paquete:

**"1"** Cuando el Plan de Atención Integral es iniciado.

**"TA"** Cuando el Plan de Atención Integral es concluido.

2º Lab. Corresponde al Tipo de Paquete:

**"1"** Paquete Básico;

**"2"** Paquete Completo;

**"3"** Paquete Especializado. **(NUNCA SE OFERTA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA)**

3º Lab. Corresponde al Escenario donde se oferta:

**"1"** Establecimiento de Salud;

**"2"** Institución Educativa.

**En la columna correspondiente al Código, se colocará:**

- En el 1º casillero.....Z003.
- En el 2º casillero .....99384.
- En el 3º, 4º, 5º casillero lo que corresponda de acuerdo al caso.
- En el 6º casillero o que corresponde al Plan de atención integral.....C8002

## PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL INICIADO



**El Plan de Atención Integral del Adolescente puede INICIARLO cualquier integrante del equipo multidisciplinario.**

### En estos casos se procederá a anotar:

En el ítem: **Diagnóstico** motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero registrar el diagnóstico de Examen del estado de desarrollo del adolescente
- En el 2º casillero el diagnóstico Evaluación Integral del Adolescente
- En el 3º casillero el diagnóstico motivo de la atención.
- En el 4º casillero el Plan de Atención Integral de salud.

En el ítem: **Tipo** de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero "D".
- En el 2º casillero "D".
- En el 3º casillero "P", "D" o "R" de acuerdo al caso.
- En el 4º casillero "D".

En el ítem: **Lab** anote:

- En el 1º casillero .....En blanco.
- En el 2º casillero "1, 2, 3 ....5" según corresponda el número de atención o sesión brindada.
- En el 3º casillero de acuerdo al caso.
- En el 4º casillero, correspondiendo al Plan de atención integral de salud.

1º Lab. Corresponde al Plan de Atención Integral:

"1" Cuando se inicia el Plan de Atención Integral, cualquiera que sea el tipo de paquete a ofertar.

2º Lab. Tipo de Paquete:

"1" Paquete Básico;

"2" Paquete Completo;

"3" Paquete Especializado. **(NUNCA PODRÁ OFERTARSE EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA)**

3º Lab. Corresponde al Escenario donde se oferta la atención:

"1" Establecimiento de Salud;

"2" Institución Educativa.

En la columna correspondiente al **Código**, se colocará:

- En el 1º casillero.....Z003.
- En el 2º casillero .....99384..
- En el 3º casillero..... lo que corresponda de acuerdo al caso.
- En el 4º casillero.....C8002.

### PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, INICIADO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

**Caso:** Adolescente varón de 14 años, que acude por primera vez al Establecimiento de Salud, se le realiza la evaluación del desarrollo sexual, brinda consejería/orientación en salud sexual y reproductiva, se le oferta el paquete completo de atención integral y se da por iniciado el Plan de Atención Integral de Salud.

En el ítem: **Diagnóstico** motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero el diagnóstico: **Examen del estado de desarrollo del adolescente**
- En el 2º casillero: **Evaluación Integral del Adolescente**
- En el 3º casillero el diagnóstico motivo de la atención: **Evaluación del desarrollo sexual**
- En el 4º casillero: **Consejería / orientación en salud sexual y reproductiva.**
- En el siguiente casillero: **Plan de atención integral de salud.**





En el ítem: **Tipo de diagnóstico** marque:

- En el 1º casillero "D".
- En el 2º casillero "D".
- En el 3º casillero "D".
- En el 4º casillero "D".
- En el siguiente casillero: "D"

En el ítem: **Lab** anote:

- En el 1º casillero: en blanco
- En el 2º casillero "1" porque corresponde a la primera atención o sesión brindada.
- En el 3º casillero, dejar en blanco en este caso no corresponde colocar nada.
- En el 4º casillero: "1" por corresponder a una primera consejería.

- En el siguiente casillero que corresponde al Plan de atención integral de salud :

**1º Lab. :**

"1" El Plan de Atención Integral está siendo iniciado.

**2º Lab. Tipo de Paquete:**

"2" Corresponde al **Paquete completo** de atención integral;

**3º Lab. Corresponde al Escenario donde se oferta:**

"1" Porque se está brindando en el **Establecimiento de Salud**;

- En la columna de **Código** y que corresponde al Plan de atención integral de salud, **se colocará C8002**
- En los casilleros anteriores los códigos de cada uno de los diagnósticos y prestaciones correspondientes.

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA		EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO								P	D	R	1º	2º	3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
16	63524178	10	INDEPENDENCIA	14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC	PESO		N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z003
	63524178				M			TALLA		C	C	2. Evaluación integral del adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99384
		58	D		F	Pab	Hb		R	R	3. Evaluación del desarrollo sexual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99384.02
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																			
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería/Orientación en salud sexual y reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1			99402.03
					M			TALLA		C	C	2. Plan de atención integral de salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	2	1	C8002
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				

**PLAN**  
1= Iniciado

**TIPO DE PAQUETE**  
2= Completo

**ESCENARIO**  
1= EESS

## PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, INICIADO EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

**Caso:** Adolescente varón de 14 años, es atendido por primera vez en la Institución Educativa, a quien se le realiza la evaluación del desarrollo sexual, se le brinda consejería/orientación en salud sexual y reproductiva, se le oferta el paquete básico de atención integral y procede a dar por iniciado el Plan de Atención Integral de Salud.

- En el 1º casillero el diagnóstico: **Examen del estado de desarrollo del adolescente**
- En el 2º casillero: **Evaluación Integral del Adolescente**
- En el 3º casillero el diagnóstico motivo de la atención: **Evaluación del desarrollo sexual**
- En el 4º casillero: **Consejería / orientación en salud sexual y reproductiva.**
- En el siguiente casillero: **Plan de atención integral de salud.**

- En el 1º casillero “D”.
- En el 2º casillero “D”.
- En el 3º casillero “D”.
- En el 4º casillero “D”.
- En el siguiente casillero: “D”

- En el 1º casillero: en blanco
- En el 2º casillero **“1”** porque corresponde a la primera atención o sesión brindada.
- En el 3º casillero, dejar en blanco en este caso no corresponde colocar nada.
- En el 4º casillero: **“1”** por corresponder a una primera consejería.

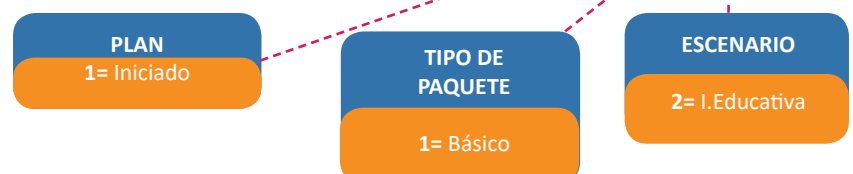
**“1”** El Plan de Atención Integral está siendo iniciado.

**"1"** Corresponde al Paquete básico de atención integral;

**“2”** Porque se está brindando en la Institución educativa.

- En la columna de **Código** y que corresponde al Plan de atención integral de salud, **se colocará C8002**
- En los casilleros anteriores los códigos de cada uno de los diagnósticos y prestaciones correspondientes.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION																				
									302304						DNI																				
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTAD. BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT																	
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º																		
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																															
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
		63524178		10	INDEPENDENCIA	14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				Z003										
		63524178					58	M	F	Pab		TALLA		C	C	2. Evaluación Integral del adolescente				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				99384								
								D				Hb		R	R	3. Evaluación del Desarrollo Sexual				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R					99384.02								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:																		(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
							A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería/Orientación en salud sexual y reproductiva				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				99402.03									
							M				TALLA		C	C	2. Plan de Atención Integral de Salud				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	1	2		C8002									
							D	F	Pab		Hb		R	R	3.				P	<input checked="" type="checkbox"/>	R														



## PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL CONCLUIDO



**El Plan de Atención integral del Adolescente puede ser CONCLUIDO por cualquier integrante del equipo multidisciplinario.**

Cuando el adolescente haya concluido el Paquete de Atención Integral:

Así; En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero registrar el diagnóstico Examen del estado de desarrollo del adolescente
- En el 2º casillero el diagnóstico Evaluación Integral del Adolescente
- En el 3º casillero el diagnóstico motivo de la atención
- En el siguiente casillero: Plan de Atención Integral de salud.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero “D”
- En el 2º casillero “D”
- En el 3º casillero “P”, “D” o “R” de acuerdo al caso.
- En el 4º casillero “D”.

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero .....En blanco.
- En el 2º casillero “1, 2, 3 ....5” según corresponda el número de atención o sesión brindada.
- En el 3º casillero..... De acuerdo al caso.
- En el 4º casillero, correspondiendo al Plan de atención integral de salud:

1<sup>er</sup> Lab. Corresponde al Plan de Atención Integral, cualquiera sea el tipo de paquete:

“TA” Cuando el Plan de Atención Integral es concluido.

2<sup>do</sup> Lab. Tipo de Paquete:

“1” Paquete Básico;

“2” Paquete Completo;

“3” Paquete Especializado. **(NUNCA PODRÁ OFERTARSE EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA)**

3<sup>er</sup> Lab. Corresponde al Escenario donde se oferta:

“1” Establecimiento de Salud;

“2” Institución Educativa.

- En la columna **correspondiente al Código, se colocará C8002**
- En los casilleros anteriores los códigos de cada uno de los diagnósticos y prestaciones correspondientes.

## PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, CONCLUIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

**Caso:** Adolescente mujer de 14 años, quien acude al establecimiento de salud y de acuerdo a la historia clínica, corresponde a la tercera atención/“sesión”, se realiza el tamizaje de salud mental en alcohol y drogas y brinda consejería integral, continuando con la entrega del paquete completo de atención integral y da por concluido el plan de atención integral de salud.

- En el 1º casillero: Evaluación Integral del Adolescente
- En el 2º casillero: Aplicación de cuestionario de habilidades sociales.
- En el 3º casillero: Consejería integral.
- Siguiente casillero: Plan de atención Integral de Salud

- En el 1º casillero "D".
- En el 2º casillero "D".
- En el 3º casillero "D".
- En el 4º casillero "D".
- Siguiendo casillero: "D".

- En el 1º casillero .....En blanco.
- En el 2º casillero “1, 2, 3 ....5” según corresponda el número de atención o sesión brindada.
- En el 3º y 4º casillero..... de acuerdo al caso.
- En el siguiente casillero: Plan de atención integral de salud:

**“TA” El Plan de Atención Integral está siendo **concluido**.**

**"2"** Corresponde al **Paquete completo** de atención integral;

**"1"** Porque se está brindando en el Establecimiento de salud.

- En la columna de **Código y** que corresponde al Plan de atención integral de salud, **se colocará C8002**
- En los casilleros anteriores los códigos de cada uno de los diagnósticos y prestaciones correspondientes.

AÑO		MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)					UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION													
								302304					DNI													
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT								
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º						
	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*FECHA DE NACIMIENTO: / / )					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / )					FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )			
63524178			10	INDEPENDENCIA	14	M	M	PC	PESO		N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente			P	X	R					Z003			
63524178						D	F	Pab	TALLA		X	X	2. Evaluación Integral del adolescente			P	X	R	3				99384			
			58						Hb		R	R	3. Tamizaje de salud mental en alcohol y drogas			P	X	R					96150.02			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:												(*FECHA DE NACIMIENTO: / / )					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / )					FECHA DE ULTIMA REGLA: / / )				
						A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería integral			P	X	R	1				99401			
						M			TALLA			C	C	2. Plan de atención integral de salud			P	X	R	1A	2	1		C8002		
						D	F	Pab	Hb			R	R	3.			P	X	R							

TA= Concluído

2= Completo

**1= E.Salud**

## PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, CONCLUIDO EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

**Caso:** Adolescente varón de 15 años, es atendido en la institución educativa, de acuerdo a la historia clínica corresponde a la tercera atención/“sesión”, se le aplica el tamizaje en salud mental de violencia, se le brinda consejería integral y de acuerdo a su plan individualizado, se continua con la entrega del paquete básico de atención integral y se concluye con el plan de atención integral de salud.

Así; En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote:

- En el 1º casillero: Examen del estado de desarrollo del adolescente
- En el 2º casillero: El diagnóstico de Evaluación Integral del Adolescente.
- En el 3º casillero: Tamizaje de salud mental en violencia
- En el 4º casillero: Consejería integral
- Siguiendo casillero: Plan de atención Integral de Salud

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque:

- En el 1º casillero “D”.
- En el 2º casillero “D”.
- En el 3º casillero “D”.
- En el 4º casillero “D”.
- Siguiendo casillero: que corresponde al plan de atención integral. “D”

En el ítem: Lab anote:

- En el 1º casillero .....En blanco.
- En el 2º casillero “1, 2, 3 ....5” según corresponda el número de atención o sesión brindada.
- En el 3º y 4º casillero..... De acuerdo al caso.
- En el siguiente casillero: Plan de atención integral de salud:

### 1er Lab. :

“TA” El Plan de Atención Integral está siendo **concluido**.

### 2do Lab. Tipo de Paquete:

“1” Corresponde al **Paquete básico** de atención integral;

### 3er Lab. Corresponde al Escenario donde se oferta:

“2” Porque se está brindando en la Institución educativa.

- En la columna de **Código y** que corresponde al Plan de atención integral de salud, **se colocará C8002**
- En los casilleros anteriores los códigos de cada uno de los diagnósticos y prestaciones correspondientes

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)				UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION									
						302304				DNI									
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTADISTICA	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
	83524280	10	INDEPENDENCIA	15	M	PC	PESO	N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	X	R				Z003		
	83524280	58		15	M	Pab	TALLA	C	C	2. Evaluación Integral del adolescente	P	X	R	3			99384		
					D	F	Hb	R	R	3. Entrevista de salud mental en violencia	P	X	R				96150.01		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
					A	PC	PESO	N	N	1. Consejería integral	P	X	R				99401		
					M		TALLA	C	C	2. Plan de atención integral de salud	P	X	R	TA	1	2	C8002		
					D	F	Hb	R	R	3.	P	X	R						

**PLAN**  
TA= Concluido

**TIPO DE PAQUETE**  
1= Básico

**ESCENARIO**  
2= I.Educativa



Además de consignar la codificación de las actividades, diagnósticos, procedimientos, entre otros.  
Deberá registrarse la **PROCEDENCIA** y la **RESIDENCIA** del adolescente.

## 1. PAQUETE BÁSICO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA ADOLESCENTES (Niveles I-1 y I-2)

Incluye las siguientes prestaciones de salud orientadas a promover el desarrollo positivo, identificando factores protectores y de riesgo en los adolescentes e incluye las siguientes prestaciones:

### Prestaciones para identificar factores de riesgo en los adolescentes

01. Identificación de riesgos psicosociales, según norma vigente.
02. La evaluación del desarrollo sexual de Tanner.
03. La toma de pruebas para el descarte de embarazo en caso la adolescente lo requiera.
04. La toma de prueba rápida para la detección de VIH, sífilis y hepatitis B, en caso de que el/la adolescente lo requiera.
05. La entrega de métodos anticonceptivos, en caso de que el/la adolescente lo requiera.
06. La evaluación nutricional antropométrica que comprende la evaluación del índice de masa corporal y del perímetro abdominal.
07. Determinación de la agudeza visual.
08. Determinación de hemoglobina mediante hemoglobímetro portátil.
09. La suplementación preventiva de hierro acorde al esquema normado.
10. La aplicación de inmunizaciones acorde al esquema normado.
11. Visitas domiciliarias (Sólo se aplica para establecimientos de salud con población asignada)

### Prestaciones que fortalecen los factores protectores de los adolescentes:

12. La consejería en salud mental.
13. La consejería en salud sexual y reproductiva.
14. La consejería en salud nutricional.



Lo aplican todos los establecimientos de salud, que cuentan con un equipo básico de salud, o en su defecto, con algún personal de salud capacitado para brindar las prestaciones que forman parte de este paquete.

Prestaciones		Código HIS	Lab.
<b>Examen del estado de desarrollo del adolescente</b>		<b>Z003</b>	<b>En blanco</b>
<b>Evaluación Integral del Adolescente</b>		<b>99384</b>	<b>1</b>
⇒	Identificación de riesgos psicosociales	96150	
⇒	Evaluación del Desarrollo Sexual de Tanner	99384.02	
⇒	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	99402.03	1 **
⇒	Embarazo No Confirmado: toma de pruebas para el descarte de embarazo en caso la adolescente lo requiera. (examen de orina)	Z320	En Blanco
⇒	Toma de Prueba Rápida (en caso lo requiera) para la detección de:		
	Consejería Pre Test para VIH	99401.33	En blanco, 1 o 2 en Gestantes

\*\*A demanda del adolescente

Prestaciones		Código HIS	Lab.
⇒ Toma de Prueba Rápida (en caso lo requiera) para la detección de:			
⇒ VIH	Consejería Pre Test para VIH	99401.33	En blanco, 1 o 2 en Gestantes
	Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único (Tamizaje de VIH por Prueba Rápida)	86703	RN / RP
	Consejería Post Test para VIH - Resultado Reactivo	99403.03	En blanco, 1 o 2 en Gestantes
	Consejería Post Test para VIH - Resultado No Reactivo	99401.34	En blanco, 1 o 2 en Gestantes
⇒ Consejería/Orientación en Prevención de ITS, VIH, Hepatitis B		99402.05	En blanco
⇒ Anticuerpo: Treponema Pallidum (Tamizaje de Sífilis por Prueba Rápida)		86780	RN / RP
⇒ Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa		86593	RN / RP
⇒ Tamizaje de Hepatitis B por Prueba Rápida		87342	RN / RP
⇒ Atención en Planificación Familiar y SSR		99208	En blanco
⇒ Orientación/Consejería en Planificación Familiar		99402.04	1, 2 **
⇒ Entrega de Métodos Anticonceptivos, en caso de que el/la Adolescente lo requiera		De acuerdo al Método Anticonceptivo por el que opta	

\*\*A demanda del adolescente

Prestaciones	Código HIS	Lab.
<b>Examen del estado de desarrollo del adolescente</b>	<b>Z003</b>	<b>En blanco</b>
<b>Evaluación Integral del Adolescente</b>	<b>99384</b>	<b>2</b>
⇒ Identificación de Riesgos Psicosociales (Entrevista de Tamizaje SM)	96150	En blanco
⇒ Tamizaje de salud Mental en violencia	96150.01	En blanco
⇒ Tamizaje de Salud Mental en Alcohol y Drogas	96150.02	En blanco
⇒ Tamizaje de Salud Mental en Trastornos Depresivos	96150.03	En blanco
⇒ Tamizaje de Salud Mental en Psicosis	96150.04	En blanco
⇒ Tamizaje de salud mental en Habilidades Sociales	96150.05	En blanco
⇒ Consejería en Salud Mental	99402.09	En blanco

Prestaciones	Código HIS	Lab.
<b>Examen del estado de desarrollo del adolescente</b>	<b>Z003</b>	<b>En blanco</b>
<b>Evaluación Integral del Adolescente</b>	<b>99384</b>	<b>3</b>
⇒ Evaluación Nutricional Antropométrica:	99209.04	
• Evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC)	E669 = Obesidad E660 = Sobrepeso Z006 = Normal E440 = Delgadez E43X = Delgadez Severa E45X = Talla baja	
• Evaluación del Perímetro Abdominal		RSM=Riesgo Bajo RSA=Riesgo Alto RMA=Riesgo Muy Alto
⇒ Consejería en Alimentación Saludable	99403.01	Nº Consejería

⇒ Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico	99199.26	TA
⇒ Determinación de hemoglobina (Dosaje de Hemoglobina)	85018	1
⇒ Consejería en Salud Ocular	99401.16	1
⇒ Prueba de la Agudeza Visual cuantitativa bilateral	99173	Valor Ojo Derecho: 20,25,30,40,50,70,100,200,400,700  Valor Ojo Izquierdo: 20,25,30,40,50,70,100,200,400,700

### Otras Prestaciones:

Prestaciones	Código HIS	Lab.
⇒ Inmunizaciones (las dosis de acuerdo a la normatividad vigente)		En el tiempo:
• Vacuna contra la Hepatitis B (HVB)	90746	1, 2
• Vacuna contra la Influenza	90658	Dosis Única
• Vacuna Diftotetánica (dT)	90714	1, 2, 3
• Vacuna VPH (solo mujeres)	90649	1, 2

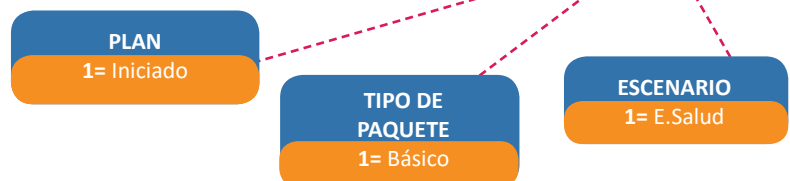
Prestaciones Extramurales	Código HIS	Lab.
⇒ Visitas Domiciliarias (Programación para seguimiento)	C0011	Nº de la Visita
⇒ Consejería Integral	99401	1



En el caso de identificar factores de riesgo se procede a realizar la atención o referencia a los establecimientos de salud de mayor complejidad, de acuerdo a la normatividad vigente.

### Área Salud Sexual

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
	97565	10	OCOÑA	15	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z003		
	89526224	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA		C	C	2. Evaluación Integral del adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99384		
					D		Hb		R	R	3. Consejería/Orientación en salud sexual y reproductiva	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R				99402.03		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Evaluación del desarrollo sexual	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99384.02		
					M			TALLA		C	C	2. Embarazo no confirmado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z320		
					D	F	Pab	Hb		R	R	3. Plan de atención integral de salud	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	1	1	C8002	







DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
	63524178	10	INDEPENDENCIA	17	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería Pre test para VIH	P	D	R				99401.33	
	99526224	58			M		TALLA		C	C	2. Anticuerpos HIV-1 HIV- Análisis único (Tamizaje de VIH por prueba rápida)	P	D	R				86703	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Consejería post test para VIH-Resultado no reactivo	P	D	R				99401.34	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	D	R				99402.05
					M			TALLA		C	C	2. Anticuerpo Treponema	P	D	R	RN			86780
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Prueba de sífilis por prueba rápida	P	D	R	RN				86593
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
	66227390		JESÚS MARÍA	14	M	PC	PESO		N	N	1. Atención en planificación familiar	P	D	R				99208	
	99526232				M		TALLA		C	C	2. Orientación/Consejería en planificación familiar	P	D	R				99402.04	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso de método anticonceptivo preservativo masculino	P	D	R				99208.02	

## Inmunizaciones

Se implementará previa verificación del calendario de vacunación para las y los Adolescentes, debiendo cumplir con el esquema vigente y el registro correspondiente.

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o Actividad de Salud, anote las vacunas que se aplique:

- En el 1º casillero Vacuna contra la Hepatitis B (HvB)
- En el 2º casillero Vacuna Diftotetánica (dT)

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D”

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
	63524178	10	INDEPENDENCIA	14	M	PC	PESO		N	N	1. Vacuna contra la hepatitis B(HvB)	P	D	R	1			90476
		58			M		TALLA		C	C	2. Vacuna Diftotetánica (dT)	P	D	R	1			90714
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R				

## Área Salud Psicosocial

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
	68524178		INDEPENDENCIA	16	M	PC	PESO		N	N	1. Evaluación del estado del desarrollo del adolescente	P	D	R				Z003
	68524178				M		TALLA		C	C	2. Evaluación integral del adolescente	P	D	R	2			99384
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Entrevista de Tamizaje en salud mental en alcohol y drogas	P	D	R				96150.02

## Área Salud Física y Nutricional

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNOSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNOSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Cristina Solano García (*)FECHA DE NACIMIENTO: 12 / 07 / 2003 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: 23/11/2019 FECHA DE ULTIMA REGLA: 17/11/2019																			
	63524179	10	INDEPENDENCIA	14	M	PC	PESO	61	N	N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	D	R				Z003	
	63524179	58			M		TALLA	145	C	C	2. Evaluación integral del adolescente	P	D	R	3			99384	
					D	F	Pab	78.5	R	R	3. Evaluación Nutricional y antropométrica (Evaluación del PAB)	P	D	R				99209.04	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Talla baja	P	D	R				E45X
					M			TALLA		C	C	2. Sobre peso	P	D	R				E660
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Riesgo Alto	P	D	R	RSA			99209.04	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
	63524179		INDEPENDENCIA	14	A	M	PC	PESO		N	N	1. Dosaje de Hemoglobina	P	D	R	1			85018
					M		TALLA		C	C	2. Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico	P	D	R	1			99199.26	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3. Prueba de la Agudeza Visual cuantitativa bilateral	P	D	R	20	30		99173	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																			
				14	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería ocular	P	D	R				99401.16	
					M		TALLA		C	C	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	D	R	TA	1	1	C8002	
					D	F	Pab	Hb	R	R	3.	P	D	R					

**El registro de los Valores Antropométricos: Peso y Talla son de carácter OBLIGATORIO durante todas las Sesiones de Atención Integral del Adolescente y en la Sesión de Salud Nutricional se debe incluir el valor del Perímetro Abdominal y los resultados y fecha del Dosaje de Hemoglobina.**

**Suplementación Preventiva para las adolescentes mujeres de 12 a 17 años**

EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS	PRODUCTOS	DURACIÓN
Adolescente Mujer de 12 a 17 años	1 Tableta de 60 mg de hierro elemental + 400ug Ácido Fólico 2 veces por semana	Tabletas de Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	2 tabletas por semana durante 3 meses continuos cada año

60mg de hierro elemental equivale a 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado. 180mg de fumarato ferroso a 500 mg de gluconato ferroso.  
Fuente: Zavaleta N, Respicio G, and García T. Nutr. 130: 4625-4645, 2000<sup>(67)</sup> y WHO. 2016 Guideline. Daily iron Supplementation in Adult Women and Adolescent Girls, Ginebra<sup>(68)</sup>

## 2. PAQUETE COMPLETO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA ADOLESCENTES (Niveles I-3 y I-4)

Se oferta prestaciones desarrollados por el equipo multidisciplinario completo de salud adolescente, con la infraestructura y el equipamiento para brindar servicios de estomatología y de laboratorio.

**A las prestaciones del paquete básico, SE ADICIONAN:**

### Prestaciones para identificar factores de riesgo

15. Evaluación ocular.
16. Evaluación de agudeza auditiva.
17. Evaluación físico postural.
18. El examen estomatológico.
19. Instrucción de higiene oral
20. Asesoría nutricional
21. Profilaxis dental.
22. La evaluación clínica orientada a la búsqueda de patologías.
23. Consulta nutricional en caso el adolescente lo requiera.
24. Evaluación psicológica en caso el adolescente lo requiera
25. Test y sesiones de entrenamiento en habilidades sociales, según normatividad vigente.

### Exámenes de laboratorio

26. Examen de hemoglobina y hematocrito.
27. Examen de colesterol.
28. Examen de triglicéridos.
29. Examen de Lipoproteína de baja densidad (LDL)
30. Examen de Lipoproteína de alta densidad (HDL)
31. Examen de glucosa.
32. Examen completo de orina.
33. Examen parasitológico en heces seriado (3) y test de Graham.
34. Además de otros exámenes según necesidad del adolescente.

En cada registro de la atención, colocar en Lab de Evaluación integral del adolescente: 1, 2, 3,...5; según corresponda el número de atención/"sesión", con el fin de garantizar la continuidad y la provisión del paquete de atención de salud, que debe entregarse como mínimo en 3 sesiones abarcando las tres áreas (psicosocial, sexual y física nutricional)

Prestaciones		Código HIS	Lab.
<b>Examen del estado de desarrollo del adolescente</b>		<b>2003</b>	<b>En blanco</b>
<b>Evaluación Integral del Adolescente</b>		<b>99384</b>	<b>1</b>
⇒	Evaluación del Desarrollo Sexual de Tanner	99384.02	
⇒	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	99402.03	1
⇒	Embarazo No Confirmado: toma de pruebas para el descarte de embarazo en caso la adolescente lo requiera. (examen de orina)	Z320	En Blanco
⇒	Toma de Prueba Rápida (en caso lo requiera) para la detección de:		
⇒ VIH	Consejería Pre Test para VIH	99401.33	En blanco, 1 o 2 en Gestantes
	Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único (Tamizaje de VIH por Prueba Rápida)	86703	RN / RP
	Consejería Post Test para VIH - Resultado Reactivo	99403.03	En blanco, 1 o 2 en Gestantes
	Consejería Post Test para VIH - Resultado No Reactivo	99401.34	En blanco, 1 o 2 en Gestantes
⇒	Consejería/Orientación en Prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	99402.05	En blanco
⇒	Anticuerpo: Treponema Pallidum (Tamizaje de Sífilis por Prueba Rápida)	86780	RN / RP
⇒	Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa	86593	RN / RP
⇒	Tamizaje de Hepatitis B por Prueba Rápida	87342	RN / RP
⇒	Orientación/Consejería en Planificación Familiar	99402.04	1, 2
⇒	Entrega de Métodos Anticonceptivos, en caso de que el / la Adolescente lo requiera	De acuerdo al Método Anticonceptivo por el que opta	
Prestaciones		Código HIS	Lab.
<b>Examen del estado de desarrollo del adolescente</b>		<b>2003</b>	<b>En blanco</b>
<b>Evaluación Integral del Adolescente</b>		<b>99384</b>	<b>2</b>
⇒	Identificación de Riesgos Psicosociales (Entrevista de Tamizaje SM)	96150	En blanco
⇒	Tamizaje de Salud Mental en violencia	96150.01	En Blanco
⇒	Tamizaje de Salud Mental en Alcohol y Drogas	96150.02	En Blanco
⇒	Tamizaje de Salud Mental en Trastornos Depresivos	96150.03	En Blanco
⇒	Tamizaje de Salud Mental en Psicosis	96150.04	En Blanco
⇒	Tamizaje de salud mental en Habilidades Sociales	96150.05	En Blanco
	Problemas Relacionados con Habilidades Sociales Inadecuadas	Z734	En Blanco
	Taller de Habilidades Sociales	90872	1, 2, 3.... TA
⇒	Consejería en Salud Mental	99402.09	En Blanco
⇒	Consulta Psicológica	96100	En Blanco

Prestaciones	Código HIS	Lab.
<b>Examen del estado de desarrollo del adolescente</b>	<b>Z003</b>	<b>En blanco</b>
<b>Evaluación Integral del Adolescente</b>	<b>99384</b>	<b>3</b>
⇒ Evaluación Nutricional Antropométrica:	99209.04	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación del Índice de Masa Corporal (IMC)</li> </ul>	E669 = Obesidad E660 = Sobrepeso Z006 = Normal E440 = Delgadez E43X = Delgadez Severa E45X = Talla baja	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación del Perímetro Abdominal</li> </ul>		<b>RSM</b> =Riesgo Bajo <b>RSA</b> =Riesgo Alto <b>RMA</b> =Riesgo Muy Alto
⇒ Consejería en Alimentación Saludable	99403.01	Nº Consejería
⇒ Suplementación de sulfato ferroso más ácido fólico	99199.26	TA
⇒ Determinación de Hemoglobina (Dosaje de Hemoglobina)	85018	1
⇒ Examen de Oídos y de la Audición	Z011	N = Normal A = Anormal
⇒ Consejería en Salud Ocular	99401.16	1
⇒ Examen de los Ojos y de la Visión	Z010	N = Normal A = Anormal
⇒ Prueba de la Agudeza Visual cuantitativa bilateral	99173	Valor Ojo Derecho: 20,25,30,40,50,70,100,200,400,700 (1er Lab)  Valor Ojo Izquierdo: 20,25,30,40,50,70,100,200,400,700 (2do Lab.)

### Otras Prestaciones:

### En la Consulta con el Médico

Prestaciones	Código HIS	Lab.
<b>Examen Médico General</b>		
⇒ Evaluación Físico Postural: <ul style="list-style-type: none"> <li>Normal (solo se registra Examen Médico)</li> <li>Cifosis Postural</li> <li>Otras Cifosis y las no especificadas</li> <li>Síndrome de Espalda Plana</li> <li>Lordosis no especificada</li> <li>Escoliosis Idiopática Juvenil</li> </ul>	96008 Z000 M400 M402 M403 M405 M411	En Blanco



## En la Consulta con el Médico

Prestaciones	Código HIS	Lab.
⇒ Valoración Clínica de Factores de Riesgo	Z019	DNT
⇒ Exámenes de Laboratorio:		
• (Hematocrito, Colesterol, Triglicéridos, LDL, HDL, Glucosa, Orina Completo)	Z017	En Blanco
• Hemoglobina	85018	1
• Parasitológico en Heces Seriado (3)	87177.01	En Blanco
• Test de Graham	87172	En Blanco

Prestaciones	Código HIS	Lab.
⇒ Examen Estomatológico	D0120	1, 2
⇒ Instrucción de Higiene Oral	D1330	1, 2
⇒ Asesoría Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales	D1310	1, 2
⇒ Profilaxis dental	D1110	1, 2

Prestaciones	Código HIS	Lab.
⇒ Inmunizaciones (las dosis de acuerdo a la normatividad vigente)		En el tiempo:
• Vacuna contra la Hepatitis B (HVB)	90744	1, 2
• Vacuna contra la Influenza	90656	Dosis Única
• Vacuna Diftotetánica (dT)	90715	1, 2, 3
• Vacuna VPH (solo mujeres)	90650	1, 2

## Área Salud Sexual

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								P D R	1º 2º 3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
	63524178		PUENTE PIEDRA	14	M	PC	PESO			1. Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	R	Z003
					M		TALLA	C	C	2. Evaluación Integral del Adolescente	P	R	99384
					D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería/Orientación en Salud Sexual y Reproductiva	P	R	99402.03
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
					A	PC	PESO	N	N	1. Evaluación del Desarrollo Sexual	P	R	99384.02
					M		TALLA	C	C	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	R	C8002
					D	Pab	Hb	R	R	3.	P	R	

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO	VALOR LAB	CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA		ETNIA								P D R	1º 2º 3º	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
	63524178		PUENTE PIEDRA	14	M	PC	PESO	N	N	1. Consejería Pre test para VIH	P	R	99401.33
					M		TALLA	C	C	2. Anticuerpos: HIV-1 y HIV-Análisis único (Tamizaje de VIH por prueba rápida)	P	R	86703
					D	Pab	Hb	R	R	3. Consejería para post para VIH- Resultado NO reactivo	P	R	99401.34
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
					A	PC	PESO	N	N	1. Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	P	R	99402.05
					M		TALLA	C	C	2. Anticuerpo Treponema Pallidum (Tamizaje de sífilis por prueba rápida)	P	R	86780
					D	Pab	Hb	R	R	3. Prueba de sífilis; anticuerpo no Treponémico cuantitativa	P	R	86593
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /													
	63524178		PUENTE PIEDRA	14	M	PC	PESO	N	N	1. Atención en planificación familiar y SSR	P	R	99208
					M		TALLA	C	C	2. Orientación/Consejería en planificación familiar	P	R	99402.04
					D	Pab	Hb	R	R	3. Administración y uso de método anticonceptivo preservativo masculino	P	R	99208.02

## Área Salud Psicosocial

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																		ETNIA	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																				
	63625178			PUENTE PIEDRA	15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	PC		PESO		N	N	1. Consejería en salud mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99384
						<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	2. Tamizaje en salud mental en alcohol y drogas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		99402.09
						<input checked="" type="checkbox"/>	D	F	Pab		Hb		R	R	3. Tamizaje de salud mental en vilolencia	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R		96150.01

## Aplicación de Cuestionario de Habilidades Sociales

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																			
		ETNIA	CENTRO POBLADO																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /					FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /					FECHA DE ULTIMA REGLA: / /					
	63625178		PUENTE PIEDRA	15	X	M	PC		PESO		N	N	1. Tamizaje de salud mental en Habilidades sociales	P	D	R				96150.05
					M				TALLA		C	C	2. Problemas Relacionados con Habilidades Sociales Inadecuadas	P	D	R	1			Z734
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R				

## Taller de Habilidades Sociales

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
	63625178		PUENTE PIEDRA	15	<div><div></div><div>M</div><div></div></div>	PC		PESO		N	N	1. Problemas Relacionados con Habilidades Sociales Inadecuadas	P	D	<div><div></div><div></div><div></div></div>			Z734
					<div><div>M</div><div></div><div></div></div>			TALLA		<div><div></div><div>C</div><div></div></div>	<div><div></div><div>C</div><div></div></div>	2. Taller de Habilidades Sociales	P	<div><div></div><div>D</div><div></div></div>	R	1	90872	
					<div><div>D</div><div>F</div><div></div></div>	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R			

## Sesión Salud Física y Nutricional

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: Cristina Solano García (*)FECHA DE NACIMIENTO: 12/07/2005 FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb:23/11/2019 FECHA DE ULTIMA REGLA: 17/11/2019																		
29	17863524	10	PUENTE PIEDRA	14	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO	61	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Examen del estado de desarrollo del adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R			Z003
		58			<input checked="" type="checkbox"/> M			TALLA	145	<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Evaluación Integral del Adolescente	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	3	99384	
					<input checked="" type="checkbox"/> D	<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	78.5	Hb	12.5	R	R	3. Evaluación Nutricional y antropométrica	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99209.04
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO		<input checked="" type="checkbox"/> N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Sobrepeso	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		E660	
			<input checked="" type="checkbox"/> M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Talla baja	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		E45X		
			<input checked="" type="checkbox"/> D		<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb		R	R	3. Dosaje de hemoglobina	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	1	85018		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
	17863524		PUENTE PIEDRA	14	<input checked="" type="checkbox"/> M	PC		PESO		<input checked="" type="checkbox"/> N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Suplementación de Sulfato Ferroso más ácido fólico	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	TA	99199.26	
			<input checked="" type="checkbox"/> M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Consejería en alimentación saludable	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99403.01		
			<input checked="" type="checkbox"/> D		<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb		R	R	3. Examen de los ojos y de la visión	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	N	Z010		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
					<input checked="" type="checkbox"/> A	M	PC	PESO		<input checked="" type="checkbox"/> N	<input checked="" type="checkbox"/> N	1. Consejería en salud ocular	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R		99401.16	
			<input checked="" type="checkbox"/> M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/> C	<input checked="" type="checkbox"/> C	2. Plan de Atención Integral de Salud	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R	TA	2	1	C8002
			<input checked="" type="checkbox"/> D		<input checked="" type="checkbox"/> F	Pab	Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/> D	R				



El Examen de Oídos y de la Audición y los Examen de los Ojos y de la Visión se deberá indicar si son Normal (N) o Anormal (A) en el campo Lab de acuerdo al resultado de la evaluación

## Otras Prestaciones:

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					
2020	FEBRERO	C.S. LADERAS DEL CHILLÓN						ODONTOLÓGIA				DNI	87654321			CD. PATRICIA SAENZ RUIZ	
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO									P	D	R	1º	2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
2	63524178	10	PUENTE PIEDRA	14	M	PC	PESO	N	N	1. Caries de la dentina	P	X	R	3			K021
	63524178	58			M	F	TALLA	X	C	2. Gingivitis aguda	P	X	R				K050
					D	Pab	Hb	R	R	3. Examen estomatológico	P	X	R	1			D0120
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
					A	M	PESO	N	N	1. Instrucción de higiene oral	P	X	R	1			D1330
					M		TALLA	C	C	2. Asesoría nutricional dental para el control de enfermedades	P	X	R	1			D1310
					D	F	Hb	R	R	3. Profilaxis dental	P	X	R	1			D1110

## 3. PAQUETE ESPECIALIZADO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA ADOLESCENTES (Niveles II y III)

Incluye, además, de las prestaciones del paquete básico y el paquete completo de atención integral, la evaluación clínica especializada. En caso de diagnosticar alguna patología, se procede a brindar el tratamiento correspondiente.

**Además de los exámenes de laboratorio del paquete completo, se adicionan:**

1. Otros exámenes de laboratorio según necesidad.

### En la Consulta con el Médico

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD		TIPO DE DIAGNÓSTICO		VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	ETNIA	CENTRO POBLADO									P	D	R	1º	2º	3º
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
	63524178	10	PUENTE PIEDRA	14	M	PC	PESO	N	N	1. Examen médico general	P	X	R				Z000
	63524178	48			M	F	TALLA	X	C	2. Evaluación físico postural	P	X	R				96008
					D	Pab	Hb	R	R	3. Cifosis postural	P	X	R				M400
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / / FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																	
					A	M	PESO	N	N	1. Valoración clínica de factores de riesgo	P	X	R	DNT			Z019
					M		TALLA	C	C	2. Sobrepeso	P	D	X				E660
					D	F	Hb	R	R	3. Exámenes de laboratorio	P	X	R				Z017



Cuando se identifican factores de riesgo, en el ejemplo se muestra la identificación de sobrepeso, por lo cual corresponde indicar examen de laboratorio que incluye el “Tamizaje Laboratorial” según criterio médico.

## 4. ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES (Niveles I, II y III)

Estas prestaciones colectivas fortalecen los factores protectores en adolescentes y complementan los paquetes de atención integral.

### SESIÓN EDUCATIVA

#### PARA EL CASO DE ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, RELACIONADAS A:

##### • Desarrollo Integral

Incluye contenidos educativos relacionados al Desarrollo Integral: Físico, Sexual, Cognitivo, Social, Emocional, Espiritual (valores y ética); que abarca las áreas de Salud Física nutricional, Salud Psicosocial



y Salud sexual y reproductiva

En el Código Lab. de **SESIONES EDUCATIVAS**, se colocará el **NÚMERO DEL CONTENIDO EDUCATIVO** del área que se desarrolla.

En el siguiente Lab. Se colocará las **INICIALES DEL ÁREA** que corresponda.

**Salud Físico Nutricional** = **PSA (1,2,3,4,5,6,7,8,9)**

**Salud Sexual y Reproductiva** = **SSI (1,2,3,4,5)**

**Salud Psicosocial** = **PSI (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10)**

#### • Salud Físico Nutricional (PSA)

Incluye contenidos educativos relacionados a:

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| 1 = Actividad Física       | 7 = Cuidado del Medio Ambiente                       |
| 2 = Alimentación Saludable | 8 = Medidas de Seguridad y Prevención de Accidentes. |
| 3 = Higiene                | Primeros Auxilios.                                   |
| 4 = Protección Solar       | 9 = Salud Respiratoria y Tuberculosis                |
| 5 = Salud Bucal            | Temática: Higiene y Salud Bucal                      |
| 6 = Salud Ocular           |  |

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA																		ETNIA
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:					(*)FECHA DE NACIMIENTO:				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
	17863524	10	PUENTE PIEDRA	14	M	M	PC	PESO		N	N	1. Sesión Educativa	P	X	R	3	PSA		C0009
	17863524	58			M			TALLA		X	X	2. Sesión Educativa	P	X	R	4	PSA		C0009
					D		Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R				



En el 1<sup>er</sup> campo Lab. Indicar el número de sesión según sea el caso: 1,2,3,4,5,.....9 y en siguiente Lab. Registrar “PSA” para indicar que la temática es relacionada a la Salud Física Nutricional (PSA)

#### • Salud Sexual y Reproductiva (SSI)

- 1 = Derechos Sexuales y Reproductivos
- 2 = Sexualidad Humana y Afectividad
- 3 = Desarrollo Sexual en la Adolescencia
- 4 = Prevención del Embarazo No Deseado, ITS y VIH-SIDA
- 5 = Diversidad Sexual e identidad de Género

**Temática: Desarrollo Sexual en la Adolescencia y Prevención del embarazo no deseado, ITS y VIH-SIDA**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º	
	GESTANTE/PUERPERA																
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
17863524	10	PUENTE PIEDRA	14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC	PESO		N	N	1. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	SSI	C0009
17863524	58			M	<input checked="" type="checkbox"/>	Pab	TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	SSI	C0009
				D	<input checked="" type="checkbox"/>		Hb		R	R	3.	P	D	R			





En el 1<sup>er</sup> campo Lab. Indicar el número de sesión según sea el caso: 1,2,3,4 o 5) y en siguiente Lab. Registrar “SSI” para indicar que la temática es relacionada a la Salud Sexual y Reproductiva (SSI)

### • Salud Psicosocial (PSI)

- 1 = Habilidades para la Vida (autoestima, asertividad, toma de decisiones, comunicación); cognitivas y de control de las emociones.
- 2 = Proyecto de Vida.
- 3 = Resiliencia.
- 4 = Rol del Adolescente en la Familia (Derechos y Responsabilidades).
- 5 = Derechos y Responsabilidades en Salud.
- 6 = Equidad de Género e Interculturalidad.
- 7 = Prevención de la Violencia Familiar (maltrato físico, psicológico, por negligencia), castigo físico y humillante, violencia sexual, violencia por explotación sexual y trata de personas, social (pandillaje, delincuencia, bullying).
- 8 = Identificación de Signos de Alarma de: depresión, intento de suicidio, ansiedad, adicciones, trastornos de conducta alimentaria (anorexia, bulimia).
- 9 = Prevención de consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y nuevas adicciones (ludopatías, dependencia de las redes sociales, adicción tecnológica).
- 10 = Masculinidad.

### Temática: Rol del Adolescente en la Familia y Prevención de la Violencia Familiar.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC.	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA		GESTANTE/PUERPERA								ETNIA	CENTRO POBLADO	P	D	R	1º		2º	3º
											P	D	R	1º	2º	3º			

NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /				FECHA DE ULTIMA REGLA: / /								
	17663524	10	PUENTE PIEDRA	14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	4	PSI		C0009
	17663524				<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	7	PSI		C0009
		58	<input checked="" type="checkbox"/>		D	Pab		Hb		R	R	3.	P	D	R					



En el 1<sup>er</sup> campo Lab. Indicar el número de sesión según sea el caso: 1,2,3,4,5,.....10 y en siguiente Lab. Registrar “PSI” para indicar que la temática es relacionada a la Salud Psicosocial (PSI)

### PARA EL CASO DE ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS, RELACIONADAS A:

#### • Desarrollo Integral

Incluye contenidos educativos relacionados al Desarrollo Integral: Físico, Sexual, Cognitivo, Social, Emocional, Espiritual (valores y ética)

En el Código Lab. de **SESIONES EDUCATIVAS**, se colocará el **NÚMERO DEL CONTENIDO EDUCATIVO** del área que se desarrolla.

En el siguiente Lab. Se colocará las **INICIALES DEL ÁREA** que corresponda.

**Salud Físico Nutricional** = **PSA (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12)**

**Salud Sexual y Reproductiva** = **SSI (1,2,3,4,5,6,7)**

**Salud Psicosocial** = **PSI (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13)**

### • Salud Física Nutricional (PSA)

Incluye contenidos educativos relacionados a:

- |   |   |
|---|---|
| 1 = Actividad Física y Deporte          | 9 = Cuidado del Medio Ambiente            |
| 2 = Alimentación Saludable              | 10 = Prevención de Enfermedades           |
| 3 = Higiene                             | Trasmisibles Prevalentes: Dengue,         |
| 4 = Prevención de Trastornos Posturales | Malaria, Bartonellosis, etc.              |
| 5 = Protección Solar                    | 11 = Medidas de Seguridad y Prevención de |
| 6 = Salud Bucal                         | Accidentes.                               |
| 7 = Salud Ocular                        | 12 = Primeros Auxilios. Resucitación      |
| 8 = Salud Respiratoria y Tuberculosis   | Cardiopulmonar                            |

**Temática: Medidas de seguridad y prevención de accidentes.**  
**Primeros auxilios; Resucitación cardiopulmonar.**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC.	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA																				
ETNIA			CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																	
7	63528574	10	CARABAYLLO	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1.Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	11	PSA		C0009
	63528574		<input checked="" type="checkbox"/>		M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	12	PSA		C0009	
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			Hb		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			



En el 1er campo Lab. Indicar el número de sesión según sea el caso: 1,2,3,4,5,...12 y en siguiente Lab. Registrar "PSA" para indicar que la temática es relacionada a la Salud Física Nutricional (PSA).

### • Salud Sexual y Reproductiva (SSI)

- Derechos Sexuales y Reproductivos
- Sexualidad Humana y Afectividad
- Anticoncepción y Paternidad Saludable
- Prevención del Embarazo No Deseado
- Relaciones Sexuales, Sexo Seguro
- Infecciones de Transmisión Sexual, VIH-SIDA, Hepatitis B
- Diversidad Sexual e identidad de Género

**Temática: Anticoncepción y Paternidad Saludable**  
**Infecciones de Transmisión Sexual, VIH-SIDA, Hepatitis B**

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAB- LECIMIENTO	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT				
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º					
	GESTANTE/PUERPERA																	ETNIA	CENTRO POBLADO		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____					
17	63528574	10	CARABAYLLO	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		N	N	1 Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	3	SSI		C0009
	63528574				<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2 Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	6	SSI		C0009
		58			<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			Hb		R	R	3.	P	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R			



En el 1er campo Lab. Indicar el número de sesión según sea el caso: 1,2,3,4,...7 y en siguiente Lab. Registrar "SSI" para indicar que la temática es relacionada a la Salud Sexual y Reproductiva (SSI).

## • Salud Psicosocial (PSI)

- 1 = Habilidades para la Vida (autoestima, asertividad, toma de decisiones, comunicación); cognitivas y de control de las emociones.
- 2 = Resiliencia.
- 3 = Proyecto de Vida y Orientación Vocacional.
- 4 = Rol del Adolescente en la Familia (Derechos y Responsabilidades).
- 5 = Derechos y Responsabilidades en Salud.
- 6 = Equidad de Género e Interculturalidad.
- 7 = Empoderamiento. Liderazgo. Participación Ciudadana.
- 8 = Viviendo en Familia: Relaciones Intergeneracionales, Mejorando la Comunicación.
- 9 = Prevención de la Violencia Familiar (maltrato físico, psicológico, por negligencia), castigo físico y humillante, violencia sexual, violencia por explotación sexual y trata de personas, social (pandillaje, delincuencia, bullying).
- 10 = Identificación de Signos de Alarma de: depresión, intento de suicidio, ansiedad, adicciones, trastornos de conducta alimentaria (anorexia, bulimia).
- 11 = Prevención de consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y nuevas adicciones (ludopatías, dependencia de las redes sociales, adicción tecnológica).
- 12 = Medios de Comunicación y sus Riesgos.
- 13 = Masculinidad.

### Temática: Derechos y Responsabilidades en salud.

#### Viviendo en familia: Relaciones Intergeneracionales, Mejorando la Comunicación

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAD- BLEC	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR LAB			CÓDIGO CIE / CPT		
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º			
	GESTANTE/PUERPERA																	ETNIA	CENTRO POBLADO
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____				FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____				FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
24	63528574	10	CARABAYLLO	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO	N	N	1.Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	5	PSI		C0009
	63528574				<input checked="" type="checkbox"/>	M			TALLA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2.Sesión Educativa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	8	PSI		C0009
		58			<input type="checkbox"/>	D	F	Pab		Hb	R	R	3.	P	<input type="checkbox"/>	D	R		



En el 1<sup>er</sup> campo Lab. Indicar el número de sesión según sea el caso: 1,2,3,4,..13 y en siguiente Lab. Registrar "PSI" para indicar que la temática es relacionada a la Salud Psicosocial (PSI)

## FORMACIÓN DE EDUCADORES PARES (C3152)

La formación de líderes escolares (educadores pares), se desarrolla en 4 a 7 sesiones (mínimo 4 sesiones).

### Para el registro:

En el diagnóstico/motivo de consulta y/o actividad de salud colocar:  
Formación de educadores pares.

Tipo de diagnóstico marcar como definitivo "D"

En el 1º Lab. El número de la sesión que corresponde (1,2,3,.....7), y se colocará "TA", al completar las sesiones programadas.

En el 2do Lab. El número de participantes.

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION						
										302304						DNI						
DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT					
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º						
	GESTANTE/PUERPERA	ETNIA	CENTRO POBLADO																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____						FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____						
19	APP141				A	M	PC		PESO		N	N	1. Formación de Educadores Pares			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1	20		C3152
					M				TALLA		C	C	2.			P	D	R				
					D	F	Pab		Hb		R	R	3.			P	D	R				

Es **IMPORTANTE** colocar el código de la **UPS 302304** (Servicio diferenciado), que permitirá el reporte de la intervención desde la Etapa de Vida Adolescente.

Sesión	Padres	Adolescentes	Familia
1	Amor y límites Estilos de crianza	Tener objetivos y sueños	Apoyar los objetivos y sueños
2	Establecer reglas en la casa	Apreciar a los padres	Promover la comunicación en la familia
3	Estimular el buen comportamiento	Hacer frente al estrés	Aprecio a los miembros de la familia
4	Utilización de las sanciones	Obedecer las reglas	Empleo de las reuniones familiares
5	Establecer vínculos	Hacer frente a la presión de los compañeros	Comprender los principios de la familia
6	Protección sobre los comportamientos de riesgo	La presión del grupo y los buenos amigos	Las familias y la presión de los compañeros
7	Conexiones con la comunidad	Ayudar a otros	Recapitulación

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION									
										302304						DNI									
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA	ESTAD. BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º								
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO																					
REGISTRO PARA FAMILIAS FUERTES: FORMACIÓN DE FACILITADORES																									
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: _____ (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																									
19	APP100					A	M	PC	PESO	N	N	1. Sesión de Entrenamiento en Familia						P	D	R				U1258	
						M			TALLA		C	C	2. Taller para personal de salud						P	D	R	15			C0008
						D	F	Pa b	Hb		R	R	3.						P	D	R				

AÑO		MES		NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)						NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION								
										302304						DNI								
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTAD. BLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT						
	HISTORIA CLINICA																							
	GESTANTE/PUERPERA		ETNIA	CENTRO POBLADO									P	D	R	1º	2º	3º						
REGISTRO PARA FAMILIAS FUERTES: SESIÓN A ADOLESCENTES (Se ingresa datos de cada uno de los adolescentes)																								
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:						(*)FECHA DE NACIMIENTO: / /						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: / /						FECHA DE ULTIMA REGLA: / /						
17	41565684	1	JESÚS MARÍA	14	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Sesión de Entrenamiento en Familia			P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1				U1258
	41565684	58			<input checked="" type="checkbox"/>	M	Pa	b		TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	C	2.				P	D	R				
					<input checked="" type="checkbox"/>	D				Hb		R	R	3.				P	D	R				

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC VICIO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	ETNIA	CENTRO POBLADO																
REGISTRO PARA FAMILIAS FUERTES: SESIÓN CON PADRES																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
17	APP146		JESÚS MARÍA	A	M	PC	PESO	N	N	1	Sesión de Entrenamiento en Familia	P	D	R	1	15		U1258
				M			TALLA	C	C	2.		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R				

DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC VICIO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	ETNIA	CENTRO POBLADO																
REGISTRO PARA FAMILIAS FUERTES: SESIÓN CON FAMILIAS																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
17	APP136		Jesús María	A	M	PC	PESO	N	N	1	Sesión de Entrenamiento en Familia	P	D	R	1	15		U1258
				M			TALLA	C	C	2.		P	D	R				
				D	F	Pab	Hb	R	R	3.		P	D	R				



En el 1er campo Lab. Indicar el número de sesión que se desarrolla, según sea el caso: 1,2,3,4,5,6 y para la sesión 7 colocar "TA".  
En el 2do campo Lab. Colocar el número de padres o familias participantes, según corresponda.

## OTRAS PRESTACIONES

### Tele orientación síncrona (99499.08)

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

- En el ítem de diagnóstico:
  - 1er casillero:** Se colocará el motivo de consulta la Consejería que se brinda al adolescente, según necesidad.
  - 2do casillero:** Atención, Motivo de consulta o consejería que demande la atención.
  - 3er casillero:** Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso **Tele orientación síncrona**.
- En el ítem Tipo de diagnóstico, se marcará siempre "D"
- En el ítem Lab. El número de consejería que corresponda de acuerdo al caso
- En el ítem de CPT; el código que corresponda.

AÑO	MES	NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD (IPRESS)						UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPSS)				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION						
2020	Mayo	EL TAMBO						302304				DNI	XXXXXX	XXXXXXXX				
DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC VICIO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT
	HISTORIA CLINICA	GESTANTE/PUERPERA										P	D	R	1º	2º	3º	
	ETNIA	CENTRO POBLADO																
REGISTRO PARA FAMILIAS FUERTES: FORMACIÓN DE FACILITADORES																		
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: / / FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: FECHA DE ULTIMA REGLA: / /																		
25	56906798	10	JESÚS MARÍA			M	PC	PESO	N	N	1.	Consejería/Orientación en Salud sexual y reproductiva	P	D	R			99402.03
	56906798			16		M		TALLA		C	2.	Consejería para el autocuidado	P	D	R			99401.19
		58				D	Pab	Hb	R	R	3.	Tele Orientación Síncrona	P	D	R			99499.08

## Tele monitoreo (99499.10)

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

- En el ítem de diagnóstico:

**1er casillero:** Se colocará el motivo de la llamada: Embarazo no confirmado.

**2do casillero:** La atención o necesidad: Orientación/ Consejería en planificación familiar

**3er casillero:** La siguiente atención: consejería nutricional: alimentación saludable.

Siguiente casillero: la atención de consejería para el autocuidado.

Siguiente casillero Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso **Tele monitoreo**.

- En el ítem Tipo de diagnóstico, que corresponde a tele monitoreo, se marcará siempre “R”
- En el ítem de CPT; el código que corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT	
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º		
	GESTANTE/PUERPERA																	ETNIA
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
26	98569067	10	ATE	17	X	M	PC	PESO		N	N	1. Embarazo no confirmado	P	X	R			Z320
	98569067				M			TALLA		X	X	2. Orientación/Consejería en Planificación Familiar	P	X	R			99402.04
		58			D	F	Pab	Hb		R	R	3. Consejería Nutricional: Alimentación Saludable	P	X	R			99403.01
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																		
					A	M	PC	PESO		N	N	1. Consejería para el autocuidado	P	X	R			99401.19
					M			TALLA		C	C	2. Telemonitoreo	P	X	R			99499.10
					D	F	Pab	Hb		R	R	3.	P	D	R			

## Tele interconsulta síncrona. (99499.11)

### 1er Caso:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

- En el ítem de diagnóstico:

**1er casillero:** Se colocará el motivo de la llamada: Problemas relacionados con el rendimiento escolar

**2do casillero:** La atención de Consejería de prevención en riesgos de salud mental

**3er casillero:** La siguiente atención: Consejería para el autocuidado

Siguiente casillero Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso **Tele interconsulta síncrona** (1 para el solicitante)

- En el ítem Tipo de diagnóstico, se marcará siempre “D”
- En el ítem de CPT; el código que corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA																	ETNIA	CENTRO POBLADO	
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
27	99526232		JESÚS MARÍA	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC		PESO		N	N	1. Problemas Reacionados con el Bajo Rendimiento Escolar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z553	
	99526232				<input type="checkbox"/>	M			TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Consejería de Prevención en Riesgos de Salud Mental	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99402.09	
					<input type="checkbox"/>	D	F	Pa b		Hb		R	R	3. Consejería para el autocuidado	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			99401.19
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:				(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____						FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____			FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____							
					<input type="checkbox"/>	A	M	PC		PESO		N	N	1. <b>Tele interconsulta sincrona</b>	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	1		99499.11
					<input type="checkbox"/>	M				TALLA		C	C	2.	P	D	R			
					<input type="checkbox"/>	D	F	Pa b		Hb		R	R	3.	P	D	R			

1= Para el que consulta

## 2do Caso:

En el ítem: D.N.I./ Historia Clínica, registre según sea el caso.

- En el ítem de diagnóstico:

**1er casillero:** Se colocará el motivo de la consulta: Problemas relacionados con el rendimiento escolar

**2do casillero:** El hallazgo del especialista: Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa

**3er casillero:** Se colocará la modalidad con la que se oferta, en este caso **Tele interconsulta síncrona (En Lab. 2 que responde a quien se realiza la referencia)**

Dependiendo la necesidad; precisará la prescripción correspondiente.

- En el ítem Tipo de diagnóstico, se marcará siempre “R” del motivo de la consulta
- En el siguiente ítem del hallazgo marcará “D”
- En el ítem de CPT; el código que corresponda.

DIA	D.N.I.	FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTABLEC	SERVICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT			
	HISTORIA CLINICA										P	D	R	1º	2º	3º				
	GESTANTE/PUERPERA																			
NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE:			(*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____							FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____							FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____			
27	99526232		JESÚS MARÍA	16	<input checked="" type="checkbox"/>	M	PC			PESO		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Problemas Reacionados con el Bajo Rendimiento Escolar	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z553
	99526232				<input checked="" type="checkbox"/>	M				TALLA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. otros hechos estresantes que afectan a la familia y la casa	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R			Z637
					<input checked="" type="checkbox"/>	D	Pab			Hb		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Tele interconsulta síncrona	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	2		99499.11

2= Para el que responde la consulta

## Actividades de Medicina Alternativa y Complementaria (U0080)

Estas actividades se podrán brindar en aquellos establecimientos que se encuentren implementados, con el profesional especialista y con competencias del área, por tanto se registrarán en el servicio de Medicina Alternativa y Complementaria (301902); actividades como el de Consejería en medicina alternativa y complementaria (99401.32), Medicina Cuerpo Mente (301904), Medicina energética (301905) y Medicina Natural (301906). En el caso de la población adolescente, se prioriza la Consejería y la atención en medicina cuerpo mente.

## Consejería en medicina alternativa y complementaria (99401.32)

Se desarrolla en EESS de primer nivel de atención (I-3 y I4). Esta actividad tiene una duración entre 45 minutos a 60 minutos por cada sesión.

En el ítem Historia Clínica / Ficha Familiar se debe registrar la Historia Clínica del integrante a través del cual se llegó a la intervención familiar

En el ítem: Diagnóstico Motivo de Consulta y/o Actividad de Salud, anote:

- En el 1º casillero Consejería en medicina alternativa y complementaria.
- En los siguientes casilleros las actividades relacionadas a la atención

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D”

En el ítem: Lab, anote:

- En el 1º casillero el número de orientación 1, 2, 3... según corresponda



DIA	D.N.I.		FINANC.	DISTRITO DE PROCEDENCIA	EDAD	SEXO	PERIMETRO CEFALICO Y ABDOMINAL	EVALUACION ANTROPOMETRICA HEMOGLOBINA	ESTA- BLEC- VICIO	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO			VALOR DE LAB			CÓDIGO CIE / CPT							
	HISTORIA CLINICA											P	D	R	1º	2º	3º								
	GESTANTE/PUERPERA																								
ETNIA				CENTRO POBLADO	NOMBRES Y APELLIDOS PACIENTE: (*)FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ FECHA ULTIMO RESULTADO DE Hb: ____/____/____ FECHA DE ULTIMA REGLA: ____/____/____																				
30	APP141			BREÑA		A	M	PC		PESO		N	N	1. Consejería en medicina alternativa y complementaria		P	X	R	1			99401.32			
						M					TALLA		C	C	2. Actividades de medicina alternativa y complementaria		P	X	R			U0080			
						D	F	Pa b			Hb		R	R	3.		P	D	R						

Colocar el número de orientación 1,2,3... según corresponda

## Atención en Medicina Cuerpo Mente (301904)

**Terapia Mente cuerpo;** centrada en la interacción entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento, con el propósito de usar la mente para influir en las funciones físicas y promover la salud. Estas terapias pueden ser individuales o grupales. Atención que sólo podrá realizar el profesional especialista y con competencias del área.

### Resumen para el llenado del Plan de Atención Integral en el registro HIS.

RESUMEN	Plan de atención Integral		Tipo de Paquete			Escenario	
	1ER LAB.		2DO LAB.			3ER LAB.	
	INICIADO	CONCLUIDO	Básico	Completo	Especializado	EESS	I.Educativa
	1	TA	1	2	3	1	2
<b>EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b>							
Paquete <b>Iniciado/Básico/</b> en EESS	1		1			1	
Paquete <b>Iniciado/Completo /en EESS</b>	1			2		1	
Paquete <b>Iniciado/Especializado / en EESS</b>	1				3	1	
Paquete <b>Concluido /Básico /</b> en EESS		TA	1			1	
Paquete <b>Concluido/Completo / en EESS</b>		TA		2		1	
Paquete <b>Concluido/Especializado / en EESS</b>		TA			3	1	
<b>EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS</b>							
Paquete <b>Iniciado/Básico / en I.Educativa</b>	1		1				2
Paquete <b>Iniciado/Completo /en I.Educativa</b>	1			2			2
Paquete <b>Concluido/Básico / en I.Educativa</b>		TA	1				2
Paquete <b>Concluido/Completo /en I.Educativa</b>		TA		2			2







**Ministerio de Salud**  
Av. Salaverry 801 Jesús María, Lima-Perú  
INFOSALUD 0800-10828

